

在宅患者訪問看護・指導 依頼連絡票

菊川市立総合病院

依頼日

年 月 日

訪問看護S/T名		担当Ns名	
希望訪問日時	① 月 日 () 時 分頃	TEL:	FAX:
希望訪問日時	② 月 日 () 時 分頃	保険区分	医療保険 ・ 介護保険
同意の確認	()患者さま・ご家族に説明し、認定看護師による同行訪問に同意を得ました。		
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名		TEL	
住所		【担当医師】	
医療機関名			
病名			

褥瘡の経過と現在の褥瘡の状態

DESIGN-R 評価 (部位は図に示す)

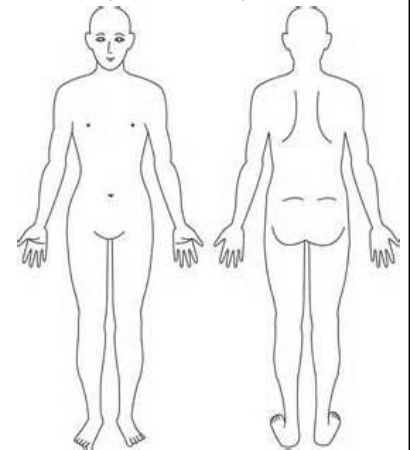
	部位	深さ	滲出液	大きさ	炎症・感染	肉芽組織	壊死組織	ポケット
①								
②								
③								

褥瘡ケア

褥瘡ケア方法

褥瘡予防対策

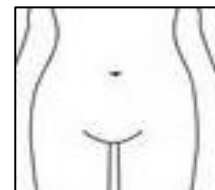
体圧分散寝具使用の有無 (有・無)
有の場合 :



ストーマ造設後の経過

ストーマケア

現在のストーマや周囲皮膚の状況、問題点(ストーマ造設部位は図に示す)



ストーマケア方法、使用物品